Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en Perú:
Evaluación de Fortalezas y Debilidades

1 al 12 septiembre del 2003

USAID/LAC/RSD-PHN
Estudio Regional de Viabilidad de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos

Índice

Agradecimientos 2
Siglas 3
Resumen Ejecutivo 4
Introducción 5
Antecedentes 6
Servicios de Planificación Familiar en Perú 7
Donantes Internacionales 8
Hallazgos de la Evaluación de la DAIA 9
Estrategias Recomendadas y Próximos Pasos 19

DELIVER, es un contrato global, de cinco años de duración, para dar apoyo en asistencia técnica. Está implementado por John Snow Inc. (JSI), (no. de contrato HRN-C-00-00-00010-00), y financiado por la División de Logística y Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos (CSL) de la Oficina de Población y Salud Reproductiva del Departamento de Salud Global (GH) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). DELIVER fortalece la cadena de suministros de los programas de salud y planificación familiar en países en desarrollo para asegurar la disponibilidad de productos de salud críticos para los pacientes.

El Proyecto POLICY está financiado por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Contrato no. HRN-00-00-00006-00 y está ejecutado por Futures Group en colaboración con Research Triangle Institute (RTI) y Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

Agradecimientos

Este resumen está basado en el estudio «Perú: Estudio sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Septiembre 1-12, 2003.» El estudio en Perú fue realizado por el equipo de JSI/DELIVER: Patricia A. Taylor y Carmen Basurto Corvera, y el equipo de Futures Group/POLICY II: Gracia Subiria, Cindi Cisek, y Patricia Mostajo. Adicionalmente, Suneeta Sharma y Gracia Subiria de Futures Group/POLICY II prepararon el análisis de segmentación del mercado incluido en el estudio.

Los autores quieren expresar su más sincero agradecimiento a todos los miembros del Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), la misión de USAID y la representación de UNFPA en Perú por su contribución al estudio. Asimismo, agradecemos a los funcionarios y a los prestadores de servicios de salud dentro del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y a la comunidad de las ONG que tomaron tiempo de sus apretadas agendas y trabajaron con el equipo del estudio.

Este documento no refleja necesariamente los puntos de vista u opiniones de USAID. Puede ser reproducido siempre que se dé crédito a John Snow, Inc./DELIVER y Futures Group/POLICY II.

Citación recomendada: Taylor, Patricia A., Gracia Subiria, Cindi Cisek, Carmen Basurto Corvera, Patricia Mostajo, Leslie Patykewich y Ali Karim. 2004. «Perú: Estudio sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Septiembre 1-12, 2003.» Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID).

Siglas

APPRENDE	ONG de mercadeo social peruano (anticoncepción de emergencia)
APROPO	ONG de mercadeo social peruano (óvulos vaginales con espermicida, DIU y condones)
DAIA	Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos
DFID	Departamento de Desarrollo Internacional (Inglaterra)
DGSP	Dirección General de Servicios de Salud de las Personas del MINSA
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA
DIREMID	Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA
DISA	Dirección Regional de Salud
DIU	Dispositivos intrauterinos
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
ESSALUD	Instituto de Seguridad Social
PF	Planificación familiar
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OGEI	Oficina General de Estadística e Información del MINSA
PAAG	Programa de Administración y de Acuerdos de Gestión
PRISMA	ONG Peruana
PBI	Producto interno bruto
SIS	Seguro Integral de Salud del MINSA
SISMED	Sistema Integrado de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgico del MINSA
SPARHCS	Vía Estratégica para la Seguridad de Suministros de Salud Reproductiva (por su sigla en Inglés).
TGF	Tasa global de fecundidad
TPA	Tasa de prevalencia anticonceptiva
UNPFA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Las fuentes principales para la información incluída en este informe, proceden de la evaluación de la seguridad anticonceptiva en el país, de las encuestas de demografía y salud o de las encuestas nacionales sobre salud reproductiva.

Resumen Ejecutivo

Los resultados de la evaluación realizada en Perú en septiembre de 2003 pone de manifiesto la compleja naturaleza de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y los diferentes desafíos que deberá enfrentar el gobierno peruano para lograr una disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA). La evaluación realizada en Perú revela la importancia del apoyo político en lo que respecta a los programas de planificación familiar (PF) –y a veces con qué rapidez se modifica de acuerdo con los diferentes contextos políticos. Después de más de una década de un fuerte apoyo gubernamental al Programa Nacional de Planificación Familiar, hubo varias tentativas para alterar las leyes y las políticas que garantizan Peruanos el derecho de elegir libremente, obtener, y utilizar métodos anticonceptivos. Estas tentativas, eran perturbadores, pero no tuvieron éxito. Hoy, hay de nuevo, un apoyo político para la salud pública basada en la evidencia, incluyendo apoyo para la planificación familiar como elemento clave en el esfuerzo para reducir mortalidad materna.

En la última década, la segmentación del mercado de planificación familiar peruano se ha modificado drásticamente. Desde 1992 hasta el 2000, la participación del sector público en el mercado de PF se incrementó de un 49 a un 79 por ciento. Los factores principales de este drástico cambio fueron la estrategia agresiva del Presidente Fujimori respecto a la ampliación de la infraestructura de la salud pública y la decisión del Ministerio de Salud (MINSA) en 1995 de proporcionar todos los servicios de PF en forma gratuita. A medida que el sector público incrementaba la prestación de servicios de PF desde 1992 a 2000, la participación del sector comercial en la prestación de métodos y servicios de PF disminuyó en forma significativa, del 44 al 19 por ciento. El Instituto de Seguridad Social Peruano (ESSALUD) abastece el 11 por ciento. Este cambio drástico en el mercado global de PF de la última década representa un importante desafío para la DAIA en Perú, especialmente debido a la reducción de la asistencia de anticonceptivos donados por USAID.

El papel del sector privado en el desarrollo de un mercado sostenible también será decisivo. Existe un gran potencial para ampliar la participación del sector privado en la prestación de servicios y métodos de PF. Varias organizaciones no gubernamentales (ONG) peruanas poseen una gran capacidad institucional tanto para la prestación de servicios como para el mercadeo social. Estas ONG brindan una importante oportunidad para identificar y probar nuevas asociaciones del sector privado e iniciativas piloto para estimular la participación del sector privado. Además, los fabricantes y distribuidores comerciales de productos anticonceptivos de Perú están buscando oportunidades para ampliar su participación en el mercado y están abiertos a oportunidades de inversión y asociaciones innovadoras para ampliar la participación del sector privado en el mercado de los anticonceptivos.

Para que Perú logre una DAIA, habría que resolver varios temas financieros críticos. El gobierno peruano ha logrado algunos avances importantes, incluyendo el hecho de que el Ministerio de Salud comenzó a comprar anticonceptivos en 1999 y, desde entonces sigue comprando cada vez más cantidades. En 2003, el Ministerio de Salud tenía un presupuesto de USD 2,8 millones destinados a anticonceptivos, alrededor del 70 por ciento de la demanda anual de anticonceptivos. Dada la transición política del país, sus problemas económicos actuales, y la corriente anti-planificación familiar

en las más altas esferas del MINSA durante el período 2000 a 2003, no ha sido fácil convencer al interior y fuera del MINSA para que se asignen fondos para la compra de anticonceptivos. A pesar los logros, las proyecciones de los costos revelan un creciente déficit en el financiamiento gubernamental después de que en el 2004 finalicen las donaciones de USAID. El Ministerio de Salud en particular, no podrá satisfacer las necesidades de su actual clientela, a menos que se aumente, por lo menos el 5 por ciento anual del presupuesto para anticonceptivos y continúa alcanzando precios unitarios anticonceptivos muy bajos. A corto plazo, como las donaciones de USAID finalizarán y la crisis presupuestaria del sector público de Perú se intensifica, posiblemente el país deba enfrentar serios

Introducción

En la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos se ha convertido en un tema cada vez más importante. A pesar de que USAID y muchos otros que realizan donaciones a nivel internacional llevan apoyando la planificación familiar por más de tres décadas, actualmente las inversiones para donaciones están disminuyendo y las donaciones de anticonceptivos han sido o están siendo reducidas en muchos países latinoamericanos. Al mismo tiempo, la demanda de anticonceptivos continúa creciendo a medida que la población predominantemente joven de la región atraviesa la edad reproductiva.

Es en este clima, que las oficinas locales de la USAID y de UNFPA están trabajando con los países anfitriones y con los beneficiarios de las ONG para tratar el tema de la DAIA. Para apoyar esta labor, la oficina de la USAID para Latinoamérica y el Caribe (LAC/RSD-PHN) ha realizado un estudio regional de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en la que se basarán las futuras decisiones de políticas y programas a nivel regional y nacional. Los proyectos POLICY y DELIVER de USAID llevaron a cabo la evaluación en cinco países de la región. La evaluación se elaboró para tratar los siguientes temas:

- ¿Cuáles son los principales temas de DAIA comunes en la mayoría de los países asistidos por USAID en la región de Latinoamérica y el Caribe?
- ¿Cuáles son las intervenciones regionales más prometedoras para tratar estos temas?
- ¿Cómo debería estructurarse la futura asistencia regional para maximizar los beneficios?
- ¿Cuáles son los temas a nivel nacional que deberían continuar tratándose dentro del país y por qué no deben "regionalizarse"?

Estas actividades comenzaron en julio de 2003 durante una conferencia regional sobre DAIA en Nicaragua, desarrollada para lograr una concientización sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y para estimular el dialogo. Durante esta reunión, los representantes de cada país participante conformaron un Comité de DAIA destinado a liderar la discusión sobre los temas relacionados con la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y a actuar como un enlace, en aquellos países que formaban parte del estudio regional. La primera evaluación sobre disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos se llevó a cabo en Perú en septiembre de 2003.

Antecedentes

La población de Perú compuesta por 28 millones de habitantes es predominantemente joven y urbana. El cincuenta y tres por ciento de los peruanos son menores de 25 años y el 73 por ciento vive en pueblos y ciudades. El gasto público en salud y planificación familiar aumentó a fines de la década del 90 y, como resultado de ello, los indicadores de la salud mejoraron en forma significativa. En la última década la tasa global de fecundidad (TGF) de Perú ha disminuido drásticamente, en todo el país se produjo una caída de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2,9 en el año 2000. Primordialmente, la mayor caída se ha producido en zonas rurales donde la TGF cayó de un 6,2 en 1991/92 a un 4,3 en 2000. La TGF en zonas urbanas también continuó disminuyendo durante este período, del 2,8 al 2,2 en 2000. Las tendencias en el conocimiento y uso de métodos de PF en Perú son similares a los de otros países de la región LAC donde los gobiernos y quienes realizan las donaciones han trabajado en conjunto para ampliar los programas de PF. Sin embargo, el éxito de Perú en zonas rurales ha sido más pronunciado que en cualquiera de los otros países incluidos en el estudio USAID/LAC. A pesar del crecimiento económico a fines de la década del 90, más de la mitad de la población está calificada como pobre o extremadamente pobre.

Entre 1985 y 1990, el gobierno del Presidente Alan García prometió apoyar un programa nacional de PF, pero la situación económica del país y la capacidad limitada de servicios del MINSA impidieron el éxito de este esfuerzo. Gracias a la ayuda proveniente de fondos externos (USAID y UNPFA), mejoraron los servicios de PF, y en 1991 se lanzó oficialmente el Programa Nacional de Planificación Familiar. Durante los primeros cinco años, el programa trabajó para aumentar la prevalencia anticonceptiva y ampliar la cobertura de los servicios de PF, especialmente en aquellas zonas donde previamente no se habían prestado dichos servicios.

Entre 1995 y 2000, el gobierno de Fujimori aumentó los fondos destinados a la planificación familiar y, al mismo tiempo, emprendió un ambicioso programa de ampliación de la red de centros asistenciales del MINSA. A pesar de que el MINSA ha proporcionado servicios de PF desde 1983, la cantidad de centros asistenciales de este organismo aumentó más de un 50 por ciento durante este período, y se agregaron más de 10.000 prestadores de servicios en todo el país. Como resultado de ello, a fines de la década del 90, el Programa Nacional de Planificación Familiar prestaba servicios de PF—incluyendo información y anticonceptivos—a través de más de 6000 centros de prestación de servicios (4000 puestos sanitarios/clínicas, 1500 centros asistenciales y 500 hospitales).

Servicios de Planificación Familiar en Perú

El gobierno peruano proporciona anticonceptivos y preservativos a la población en forma gratuita a través del MINSA, ESSALUD y de las fuerzas armadas y de la policía nacional. El MINSA maneja la mayoría de los establecimientos de atención primaria del país y posee la mayor clientela para PF. En 2000, el MINSA prestaba servicios a aproximadamente el 68 por ciento de la totalidad de los usuarios de PF. Los servicios asistenciales de ESSALUD cubren un cuarto de la población del país, pero sólo el 11 por ciento de los usuarios de anticonceptivos. Solamente los empleados del sector formal y sus dependientes pueden acceder a los servicios de ESSALUD, y sus centros están ubicados casi exclusivamente en las ciudades. No se dispone de información independiente acerca de las contribuciones de las fuerzas armadas y policía nacional peruana ya que ambas instituciones reciben los anticonceptivos del MINSA.

Las ONG de Perú fueron pioneras en planificación familiar y varias de ellas aún operan en clínicas y programas de mercadeo social, pero durante la década del 90 su función en el abastecimiento de anticonceptivos disminuyó a medida que aumentó la del MINSA. En 2000, las clínicas de las ONG solamente abastecían al 2 por ciento de los usuarios de anticonceptivos y los programas de distribución comunitaria de anticonceptivos que alguna vez fueron manejados por las ONG virtualmente dejaron de existir en muchas partes del país. Los médicos privados prestaron un tercio de todos los servicios a pacientes externos en el país, pero sólo el 8,6 por ciento de los anticonceptivos. Las farmacias constituyen una importante fuente de productos farmacéuticos para aquellos que residen en las ciudades y que pueden y desean costear dichos productos, pero en 2000, las farmacias vendían anticonceptivos social y comercialmente comprados a solo el 8 por ciento de los usuarios de PF del país.

Donantes Internacionales

Desde 1993, USAID ha sido la principal donante de anticonceptivos de Perú, apoyando no sólo al MINSA y a una serie de ONG, sino también a PRISMA, una ONG, para ayudar al MINSA en el manejo de la cadena de suministro de anticonceptivos. USAID está reduciendo progresivamente sus donaciones de anticonceptivos. A pesar de que el 2003 fue el último año en el que USAID incluyó en su presupuesto donaciones de anticonceptivos para el MINSA, éstas seguirán llegando a Perú durante 2004. Las donaciones de anticonceptivos a las ONG continuarán, pero aún no se han definido los plazos ni las cantidades o valores anuales de estas donaciones. Las donaciones de anticonceptivos del UNPFA finalizaron en 1998, pero el UNPFA continúa apoyando las actividades de salud reproductiva y donando preservativos para la prevención de VIH/SIDA. Desde 1999, el UNPFA también ha proporcionado servicios de adquisiciones reembolsables al MINSA. En el pasado, el Departamento de Desarrollo Internacional de Inglaterra (DFID) y la Cooperación Técnica Alemana (GTZ) y otros organismos internacionales también ayudaron al MINSA y algunas ONG, pero esta ayuda ha finalizado.

Para realizar la evaluación, el equipo DELIVER/POLICY aplicó el marco conceptual de la disponibilidad asegurada de suministros de salud reproductiva (SPARHCS, por su sigla en inglés). A continuación se describen los principales hallazgos para cada uno de los elementos del marco conceptual.

Entorno

En Perú existen varios factores críticos que influyen sobre las condiciones generales para la DAIA. A pesar de que sigue habiendo un fuerte apoyo hacia la salud reproductiva y planificación familiar, en los últimos años los grupos opositores en el Congreso y en el MINSA se han fortalecido. Después de más de una década de un firme apoyo gubernamental, los primeros dos Ministros de Salud de este gobierno (2000 hasta mediados de 2003) y el Primer Ministro hasta junio de 2003 se opusieron abiertamente a la planificación familiar, en virtud de sus convicciones religiosas. Ellos, junto con sus aliados en el Congreso, intentaron modificar la Constitución y otras leyes que garantizan a los peruanos el derecho a elegir, obtener y utilizar métodos anticonceptivos libremente. Sus intentos fueron negativos, pero afortunadamente no tuvieron éxito por las razones que discutiremos más adelante en este documento. En julio de 2003 asumió un nuevo Ministro de Salud quien se comprometió a restituir al país una política de salud basada en la evidencia, incluyendo el apoyo a la planificación familiar como elemento clave en el esfuerzo por reducir la mortalidad materna y peri/neonatal. Sin embargo, la anticoncepción de emergencia, los DIU y otros modernos métodos anticonceptivos aún forman parte de un acalorado debate en el Congreso y la prensa.

Además, varias reformas del sector sanitario han debilitado los sistemas de gestión de los servicios de PF del sector público. En 2001, Ministro de Salud introdujo un nuevo modelo de atención que organiza los servicios de acuerdo con el Enfoque Ciclo de Vida (*LifeCycle Approach*), es decir: distintos paquetes de servicios específicos para los individuos en las diferentes etapas de sus vidas. El Enfoque Ciclo de Vida originalmente fue desarrollado por el Banco Mundial y por la Organización Mundial de Salud (OMS) y actualmente es un elemento común en las estrategias del sector salud en todo el mundo. Por lo general, este es un enfoque sólido que prioriza la información y servicios de PF durante la adolescencia y la edad reproductiva. Sin embargo, curiosamente, el modelo de Perú solo menciona la planificación familiar brevemente. Además, otras reformas en todas las instituciones oficiales, tales como la descentralización planificada para 2004 pueden crear un nuevo desafío para los programas de PF en la medida que las responsabilidades del programa y el financiamiento pasen del MINSA a los 24 Gobiernos regionales recientemente elegidos. Todos estos factores exceden el control directo de los encargados de PF, pero deben considerarse y tratarse para lograr la DAIA.

Otro factor crítico es que Perú también está pasando por una crisis fiscal. Desde el año 2001, se ha reducido el gasto público en salud como porcentaje del PBI y se esperaba que el presupuesto del sector público fuera significativamente inferior en 2004 que en 2003. A corto plazo, esto no es una buena señal para la inversión del gobierno en planificación familiar o su capacidad de aumentar el presupuesto anual en anticonceptivos de MINSA.

Demanda y Utilización

La inversión del gobierno y de los donantes en planificación familiar durante la década del 90 creó una fuerte demanda y uso de anticonceptivos en Perú. Entre 1991 y 2000, el uso de anticonceptivos (todos los métodos, mujeres en uniones) aumentó del 59 al 69 por ciento, mientras que la fecundidad total cayó del 3,5 a 2,9 nacimientos por mujer. El uso de métodos anticonceptivos modernos demostró progresos aún más drásticos. A nivel nacional el uso de métodos anticonceptivos creció del 41 al 61 por ciento y en zonas rurales dio un salto del 18 al 40 por ciento.

A pesar de que la tendencia ascendente en el uso constituye una fuerza positiva para alcanzar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, aún persiste la necesidad insatisfecha de planificación familiar y probablemente en el futuro deban abordarse los temas relativos a la mezcla de métodos. La necesidad insatisfecha de planificación familiar de Perú es superior entre los jóvenes (24%), poblaciones rurales (15%), residentes de la sierra (13%) y aquellos que carecen de educación formal (17%). Sin embargo, en la actualidad, menos organizaciones se centran en estos grupos.

Además, las tendencias de la mezcla de anticonceptivos en Peru no refleja la creciente madurez de los usuarios de PF o el deseo expreso de muchas mujeres de evitar futuros embarazos. Las acusaciones de coerción, el temor de los médicos a ser demandados judicialmente y la activa oposición de los líderes religiosos y políticos a la planificación familiar de los últimos años, aparentemente se han combinado para limitar el abastecimiento de métodos permanentes. Como consecuencia de la gran demanda de inyectables y píldoras, la combinación de métodos anticonceptivos proporcionados por el MINSA es relativamente costosa. El uso del DIU se ha reducido, los índices de inserción informados por el MINSA demuestran que son inferiores que en el pasado. El DIU ofrece muchos años de protección y es un método económico y relativamente fácil de ofrecer. Las razones de la disminución del uso del DIU no son claras. El crecimiento de la población demandará una cantidad mayor de anticonceptivos en la próxima década. Sin el importante apoyo de las donaciones internacionales para los servicios de PF, mantener los actuales niveles de cobertura constituirá un desafío para el gobierno del Perú.

Servicios

A pesar de que MINSA continua siendo uno de los principales proveedores de servicios de PF, existen varios temas claves que afectan la accesibilidad y la calidad de dichos servicios. A pesar de que durante la década del 90, se fortaleció la infraestructura física en forma significativa, debido a la renovación del personal clínico y jerárquico, se desconoce la cantidad de empleados previamente capacitados que siguen en sus puestos. A fines de la década del 90, la calidad de la asistencia de PF proporcionada en centros asistenciales gubernamentales se convirtió en un asunto de interés cuando salieron a la luz

acusaciones de coerción y mala calidad de dichos servicios. Desde ese entonces, USAID, UNPFA, DFID y otras agencias han apoyado los esfuerzos del gobierno para mejorar la calidad del servicio. Anualmente POLICY monitorea el acatamiento de normas de elección informada y la calidad asistencial está mejorando en forma notoria. Sin embargo, aún persiste el temor a ser denunciado y un refuerzo general de las restricciones acerca de quien es elegible o no para la esterilización hace que la obtención de métodos anticonceptivos permanentes sea más difícil que en el pasado.

La disponibilidad de anticonceptivos en centros asistenciales constituye otro aspecto importante de la accesibilidad y calidad. Entre 1997 y 2000, PRISMA contribuyó positivamente a eliminar el desabastecimiento y pérdida de anticonceptivos en las instituciones sanitarias del MINSA, pero en los dos últimos años dichos desabastecimientos volvieron a producirse. Un estudio reciente realizado en 67 establecimientos sanitarios de Lima, Callao e Ica determinó que en el 53,7 por ciento de éstos se había producido una o más faltas de insumos en los últimos 12 meses. Depo-Provera y las píldoras fueron los métodos que escasearon con más frecuencia, pero también se vieron afectados los preservativos y los DIU. Aparentemente, el desabastecimiento se debió a una combinación de factores, incluyendo la escasez mundial de Depo-Provera en 2002 y 2003, a las demoras en el abastecimiento de anticonceptivos a través de UNPFA en 2002 y 2003 y a inconvenientes con la información como consecuencia de la reorganización de MINSA sobre el consumo y existencias en la cual se basan los planes de adquisición y distribución de anticonceptivos.

Aparentemente la capacidad de servicio de PF de ESSALUD también está debilitada. En los últimos años se han reducido las consultas sobre PF realizadas a ESSALUD y ésta está considerando limitar a sus obstetrices solo al asesoramiento sobre PF, un paso que debilitaría aún más su capacidad de servicios y el fácil acceso a la asistencia médica de sus beneficiarios.

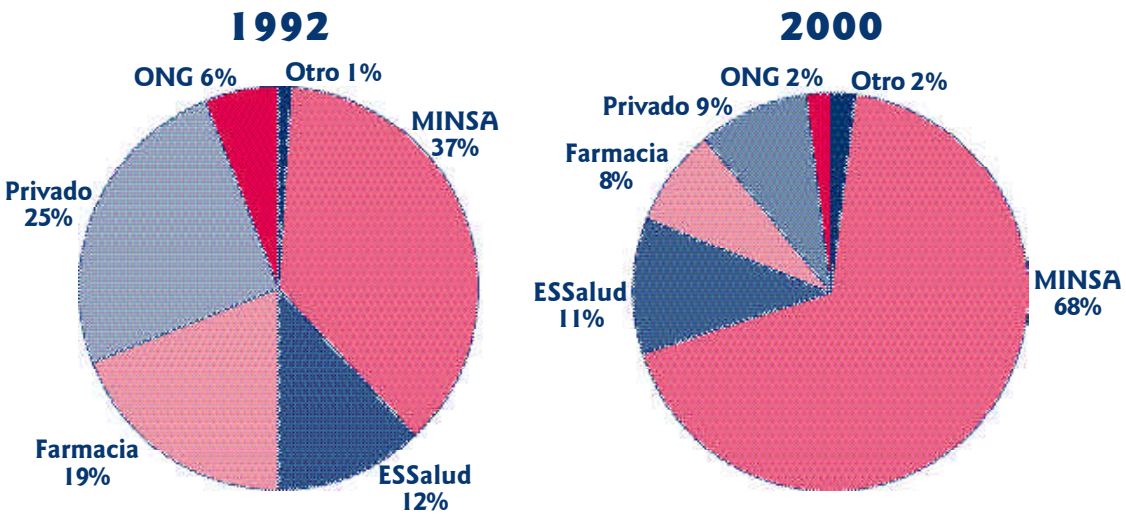
En Perú, actualmente las ONG están “sobreviviendo”, se están tratando de adaptar al difícil período de reducción de la asistencia de los donantes. Las ONG que han sobrevivido sin el apoyo de la USAID poseen la infraestructura para movilizar al sector privado para que presten servicios y anticonceptivos para PF pero no poseen los recursos financieros suficientes para lograr una importante expansión de su labor. Desde 1990 a 1999, gran parte de las actividades del INPPARES, el Instituto Peruano de Paternidad Responsable, se centraron en la planificación familiar. Después de la reducción de la asistencia de USAID, los servicios de PF proporcionados por la organización han disminuido en forma significativa. INPPARES anticipa que en el futuro sus servicios de PF disminuirán proporcionalmente a la totalidad de sus servicios en la medida que centre sus esfuerzos en grupos con necesidades especiales y en temas específicos incluyendo jóvenes, adolescentes, prevención del VIH/SIDA, y asuntos de género. Entre otras, la ONG APROPO ha trabajado en las áreas técnicas de responsabilidad social, comunicación y mercadeo social–todas elaboradas para incrementar la variedad de opciones disponibles para los hombres y mujeres peruanos.

Segmentación del Mercado

En la última década, la segmentación del mercado de PF peruano se ha modificado drásticamente. Desde el año 1992 al 2000, la participación total del sector público en el mercado de PF se incrementó del 49 al 79 por ciento, incluyendo a MINSA (68%) y a ESSALUD (11%), tal como se puede observar en la Figura 1. La participación del sector comercial disminuyó del 43 al 17 por ciento. Este cambio dramático en el mercado global de PF en la última década representa un importante desafío para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos de Perú, especialmente debido a la planificada reducción de anticonceptivos donados por USAID a MINSA y a ONG que son recipientes.

Seguramente, un aspecto que afecta la segmentación del mercado, es la ausencia de mecanismos existentes para focalizar los servicios de PF en el sector privado. Todos los usuarios que solicitan servicios de PF en MINSA reciben servicios gratuitos, independientemente de su condición socioeconómica. Además de la política del MINSA "gratis para todos", existen pruebas de que clientes que poseen seguros de salud a través del sistema de seguridad social también utilizan los servicios del MINSA. Por otra parte, tampoco existe un mecanismo para que el MINSA solicite el reembolso por los servicios que presta a los beneficiarios de ESSALUD. El nuevo seguro integral de salud para mujeres, niños y grupos vulnerables, SIS, se basa en la premisa de centrarse en los grupos socioeconómicos más bajos en lo que respecta a la maternidad y a todos los servicios sanitarios de los infantes y niños. Sin embargo, el programa no tiene un criterio de elegibilidad basado en los ingresos o en la capacidad de costear los servicios. Como consecuencia de ello, la inscripción en el SIS está abierta a todas las familias en las que haya una mujer embarazada o niños menores de 18 años que opten por inscribirse, sin tomar en cuenta el ingreso o la necesidad de ayuda.

Figura 1. Fuentes de Abastecimiento de Anticonceptivos y Condones



Fuente: ENDES 1992 y 2000

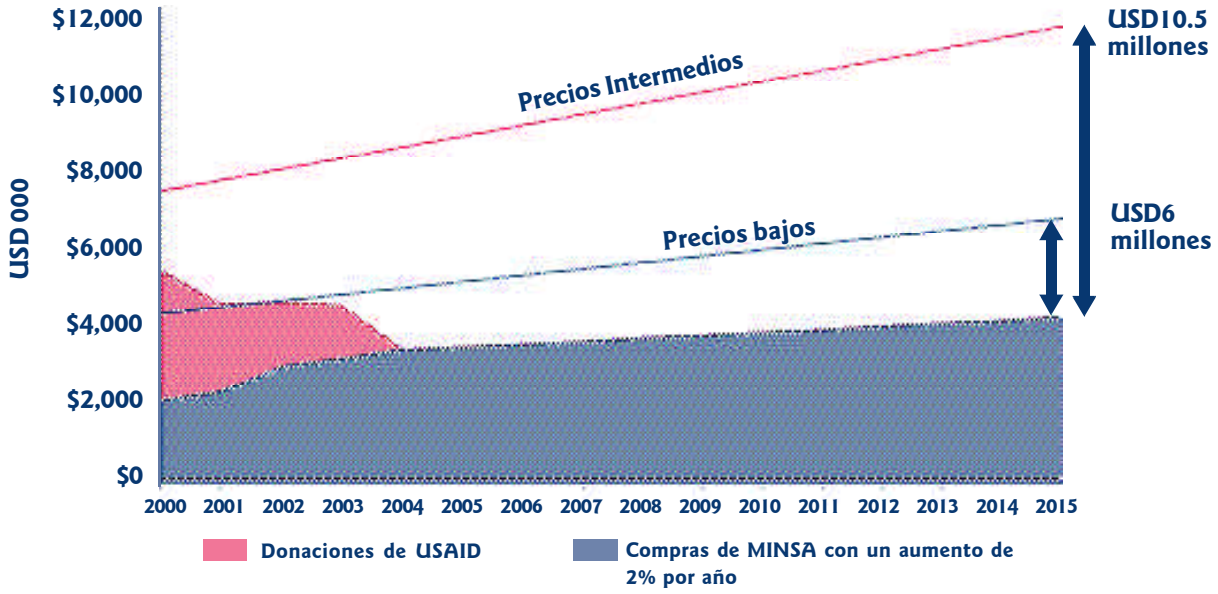
El papel del sector privado en el desarrollo de un mercado sostenible también es decisivo. Existe un gran potencial para ampliar la participación del sector privado en la prestación de servicios y métodos de PF. Varias organizaciones no gubernamentales (ONG) peruanas poseen una gran capacidad institucional tanto para la prestación de servicios como para el mercadeo social. Estas ONG brindan una importante oportunidad para identificar y probar nuevas asociaciones del sector privado e iniciativas piloto para estimular la participación del sector privado. Además, los fabricantes y distribuidores comerciales de productos anticonceptivos de Perú están buscando oportunidades para ampliar su participación en el mercado y están abiertos a oportunidades de inversión y asociaciones innovadoras para ampliar la participación del sector privado en el mercado de los anticonceptivos.

Financiamiento

El gobierno peruano ha logrado avances importantes en el financiamiento de anticonceptivos y de condones, pero sigue siendo vulnerable en este respecto. MINSA comenzó a comprar anticonceptivos en 1999 y, desde entonces ha aumentado con éxito sus presupuestos anuales para anticonceptivos. En 2003, MINSA invirtió USD 2,8 millones en anticonceptivos y condones, o aproximadamente 70 por ciento de su requerimiento anual total. Dado la transición política del país, sus problemas económicos actuales y el sentimiento contra la planificación familiar que existió entre 2000 y 2003 en las más altas esferas del Ministerio de Salud, no ha sido fácil convencer a aquellas personas dentro y fuera del Ministerio de Salud de asignar fondos a la compra de anticonceptivos. Los factores importantes que contribuían al éxito de MINSA han incluido la existencia de una reserva para la planificación familiar en el presupuesto nacional, el apoyo para la planificación familiar del Ministerio de Finanzas, y el apoyo de la sociedad civil y de un público que esta convencido de sus derechos de obtener métodos de la planificación familiar en todos los centros asistenciales del gobierno.

El gobierno peruano puede enfrentar serios déficit para el financiamiento de anticonceptivos en el futuro. Las proyecciones demuestran un aumento en el déficit por parte del gobierno para el financiamiento de los anticonceptivos y condones después de 2004, cuando las donaciones anticonceptivas de USAID a MINSA finalizarán. Dado el crecimiento previsto de la población y las actuales combinaciones de métodos y fuentes, en el 2015 MINSA necesitará aproximadamente $6 millones asumiendo precios bajos para satisfacer las necesidades de anticonceptivos de sus clientes. Asumiendo precios intermedios, o acordes con la compra local/ nacional de anticonceptivos, esta cantidad podría aumentar hasta $10,5 millones por año (Ver Figura 2).

Figura 2. Requisitos de Financiamiento del MINSA 2000-2015



Para evitar los déficit anticonceptivos futuros, MINSA debe luchar para aumentar su presupuesto para anticonceptivos por lo menos el 5% cada año desde ahora hasta 2015. Debe también continuar comprando anticonceptivos al precio más bajo posible. MINSA adquiere anticonceptivos a través de la UNPFA, que ofrece insumos anticonceptivos a precios competitivos.

Si el presupuesto de MINSA destinado a anticonceptivo no se aumenta suficientemente, o los precios unitarios de anticonceptivos y de condones aumentan, MINSA tendrá que trasladar por lo menos algo de su carga financiera actual a otros sectores y comenzar a destinar sus escasos recursos financieros (por ejemplo, anticonceptivos gratuitos) a aquellos que más lo necesitan.

Además de financiamiento del MINSA, otras futuras fuentes de financiamiento para anticonceptivos incluyen: SIS, ESSALUD, las fuerzas armadas, la policía nacional peruanas, el EPS, compañías de seguros privadas, grandes empleadores e individuos y familias.

El financiamiento de las familias se podría incrementar de varias maneras, incluyendo la recuperación de los gastos incurridos en los centros de salud gubernamentales, pero depende de la capacidad e intención de los individuos de pagar por los anticonceptivos. Como el público se ha acostumbrado a obtener los anticonceptivos en forma gratuita, la recuperación de los costos y el objetivo de proporcionar anticonceptivos gratuitos requerirán el apoyo de la sociedad civil.

Adquisición

Tanto las instituciones del sector público como del privado de Perú poseen experiencia en la adquisición de anticonceptivos, aún así estas organizaciones enfrentan muchos desafíos. El MINSA, ESSALUD, y las cuatro ONG contactadas durante esta evaluación–APROPO, INPPARES, MAXSALUD y APPRENDE – actualmente compran anticonceptivos con sus propios fondos.

Desde 1999, el MINSA ha logrado una excelente ventaja económica a través del mecanismo de adquisición reembolsable del UNPFA. Sin embargo, el proceso ha sufrido muchas complicaciones dentro del MINSA y ha estado plagado de demoras que han contribuido en gran medida al desabastecimiento de anticonceptivos durante los dos últimos años. Por lo tanto, a pesar de que el MINSA sigue trabajando a través de UNPFA en la adquisición para el 2003, está considerando otras opciones.

En el corto plazo, UNPFA ofrece el mejor precio dado los recursos limitados de MINSA, entonces se deben tomar medidas para agilizar el proceso de compra por parte de UNPFA. En el futuro, sin embargo, la adquisición nacional puede ser una opción viable. Las normas y prácticas de adquisición nacional favorecen a los proveedores locales y ESSALUD_compró recientemente los anticonceptivos orales de un laboratorio internacional a precios más altos que los precios de UNPFA, pero aún muy favorable. A pesar de que los anticonceptivos adquiridos a escala nacional son más costosos que los adquiridos a través de UNPFA, aparentemente los laboratorios desean negociar sus precios. Probablemente también deseen añadir otros beneficios, tales como el transporte de los productos a los puntos de servicio o distribución, lo que los convertiría en una alternativa más atractiva comparado con UNPFA.

Los programas de mercadeo social de las ONG han creado asociaciones con productores internacionales pero se quejan de los constantes cambios del mercado farmacéutico mundial lo que conduce a un abastecimiento poco confiable y a políticas de precios inconsistentes.

Planificar la adquisición de anticonceptivos es un paso importante en la la presupuestación de las necesidades anticonceptivas futuras. Los planes de adquisición deberían basarse en los datos del consumo y las existencias actualizadas, así como en las proyecciones de las futuras necesidades. Perú cuenta con un excelente sistema de información logístico que, antes de la integración del Programa Nacional de Planificación Familiar en 2002, proporcionaba datos confiables sobre el consumo e inventario en los que se basaban las proyecciones. Las cuestiones relacionadas con el flujo de datos hacen que este sistema sea menos efectivo de lo que debería ser, ya que durante gran parte del año pasado no se entregaron los datos sobre el consumo e inventario a los encargados de realizar las proyecciones para el gobierno y USAID (PRISMA y el Programa de Administración y Acuerdos de Gestión-PAAG).

Gestión de Logística

Perú ha tenido uno de los sistemas logísticos de anticonceptivos más eficaces en Latinoamérica. Desde 1997 hasta 2001, PRISMA y el Programa Nacional de Planificación Familiar establecieron un sistema de información logístico; prepararon y difundieron material de referencia; capacitaron al personal de MINSA y de ESSALUD; instituyeron niveles de existencias máximos y mínimos; mejoraron el almacenamiento; crearon un sistema de distribución eficiente; realizaron inventarios anuales de anticonceptivos; y proporcionaron capacitación práctica y supervisión de las funciones logísticas en las regiones. Como consecuencia de ello, MINSA pudo, por primera vez, basar sus proyecciones de anticonceptivos, planes anuales de adquisición y listas de distribución en datos confiables sobre el consumo e inventario, evitando virtualmente faltas de insumos y pérdidas de los productos.

Los elementos del sistema logístico vertical de anticonceptivos aún están vigentes y PRISMA sigue a cargo, pero el sistema ya no funciona en forma tan efectiva como antes de la reorganización del MINSA. Esto se debe principalmente a que los datos del consumo e inventario recibidos de los Direcciones de Salud (DISA) ya no son completos. Aparentemente, el flujo de información en el MINSA también ha constituido un problema.

PRISMA ha comenzado a transferir el sistema logístico de anticonceptivos al MINSA mientras que al mismo tiempo trabaja con la Dirección Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), PAAG, la Oficina General de Estadística e Información (OGEI) y otros para elaborar un nuevo sistema integrado de gestión de productos farmacéuticos. Con el nuevo sistema, la función actual de PRISMA y la responsabilidad financiera de USAID se traspasarán al MINSA, pero el plan exacto para esta transición no es claro. El desafío que constituye integrar y descentralizar los sistemas logísticos de gestión del MINSA es extraordinario. La experiencia de PRISMA y la oportunidad de adaptar su sistema consolidado para el uso bajo del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos de MINSA (SISMED) debería acelerar el diseño del nuevo sistema. Sin embargo, no se deberían subestimar los desafíos que implican organizar tal sistema logístico integrado y descentralizado.

Política

Desde principios de la década del 90, Perú ha tenido un marco de política de salud reproductiva consolidado que apoya el derecho de sus ciudadanos a planificar sus familias. Las políticas operativas que apoyan a los servicios de PF están vigentes y los anticonceptivos están incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales. Durante el gobierno de transición y los primeros dos años del gobierno de Toledo, muchas de estas políticas establecidas fueron cuestionadas y, por momentos, ignoradas; pero los intentos de debilitar los derechos de Salud reproductiva garantizados por la Constitución de Perú y su Ley General de Salud no tuvieron éxito.

A pesar de que las políticas de salud reproductiva de Perú generalmente se consideran fuertes en lo que se refiere a la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, existen ciertas restricciones y éstas deberían tratarse en el futuro. Por ejemplo, las normas de la Ley General de Salud y el MINSA restringen el suministro de anticonceptivos y servicios de PF a los menores que no posean un consentimiento de sus padres. El proceso de registro de productos farmacéuticos de Perú, tal como lo establece la Ley General de Salud, también contiene ciertas disposiciones que, en el pasado, han demorado la llegada de los anticonceptivos donados, y su restricción sobre la promoción y publicidad de medicamentos recetados constituye un serio obstáculo para el mercadeo social de anticonceptivos hormonales.

Liderazgo y Compromiso

Después de más de una década de un fuerte liderazgo gubernamental en planificación familiar, los peruanos experimentaron una época en la que ésta fue relegada, las denuncias públicas de aquellos que proporcionaban servicios de PF eran comunes y el personal de PF del MINSA fue reducido drásticamente. El Ministro de Salud recientemente nombrado y el Primer Ministro apoyan la planificación familiar, pero su permanencia en el cargo es incierta y como el gobierno de Toledo carece de una fuerte política de salud reproductiva, la planificación familiar continuará siendo vulnerable a los cambios en el liderazgo del MINSA. La defensa pública, el continuo monitoreo, la movilización de la prensa y la participación activa de las ONG, grupos de defensa de la salud reproductiva, foros de la salud y redes de desarrollo de la mujer y organizaciones sociales, todos han jugado un papel preponderante en la protección de la planificación familiar contra una creciente oposición bien organizada. En la medida que avanza la descentralización en todas las instituciones oficiales durante el 2004, se avecina otro desafío para el liderazgo–la necesidad de educar y defender la planificación familiar entre los gobiernos regionales recientemente formados. Curiosamente, en la evaluación se identificaron defensores de la planificación familiar dentro del sector comercial en Perú. Aún como la participación en el mercado del sector privado se ha deteriorado en los últimos años, no se ha producido ninguna reacción visible o presión para revertir esta tendencia por parte de los intereses comerciales.

Coordinación

La coordinación externa entre el MINSA y sus socios internacionales es relativamente buena. Sin embargo, desde la reorganización del MINSA, aparentemente la coordinación interna se ha visto afectada. El nuevo sistema de distribución denominado SISMED, constituye un esfuerzo por mejorar la coordinación interna relacionada con la administración del suministro. En el futuro deberá fortalecerse la coordinación entre el MINSA, ESSALUD y representantes comerciales y del mercadeo social del sector privado. En el camino hacia la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, el recientemente formado Comité de DAIA multisectorial constituye un paso positivo hacia el diálogo y una mejor coordinación de todos los subsectores sanitarios.

Estrategias Recomendadas y Próximos Pasos

Estrategia 1.

Segmentar deliberadamente el mercado de anticonceptivos focalizando los anticonceptivos subvencionados por el gobierno para aquellos que lo necesitan en mayor medida y simultáneamente proporcionar incentivos y alentar alianzas estratégicas que incrementen el rol del sector privado en el suministro de anticonceptivos para aquellos que pueden pagarlos.

- Completar el análisis de los datos de segmentación del mercado de ENDES 2000 y evaluar las conclusiones junto con los sectores públicos, comercial y de las ONG para definir sus nichos de mercado y para focalizar mas eficientemente sus servicios a los segmentos de la población apropiados (POLICY ya se está ocupando de esta actividad con el apoyo de USAID).
- Trabajar con el MINSA para desarrollar mecanismos para dirigir métodos anticonceptivos gratuitos a aquellos que más los necesitan y junto con la sociedad civil para convencer al público de que este cambio es beneficioso para todos.
- Intermediar para lograr un acuerdo entre ESSALUD y MINSA para garantizar que la primera cumpla con atender las necesidades de anticonceptivos de sus beneficiarios y/o que MINSA reciba el pago adecuado por prestar servicios a los clientes de ESSALUD en los centros del MINSA.
- Ofrecer asistencia técnica a ESSALUD para ampliar sus servicios de PF y para introducir proyecciones según el consumo y gestión de la logística.
- Apoyar la expansión de los programas existentes de mercadeo social de las ONG, incluyendo aquellos dirigidos por APROPO, INPPARES y APPRENDE, y hacer que el suministro sostenido de anticonceptivos sea un pronto resultado.
- Celebrar alianzas estratégicas entre los fabricantes/distribuidores de anticonceptivos con el gobierno y las ONG y/u ofrecer incentivos no-económicos a aquellos que desean ampliar su distribución y ventas en áreas en las que el MINSA ha prestado servicios en forma exclusiva.
- Trabajar con el sector público para garantizar una política y marco jurídico que fomente la participación del sector público.

Estrategia 2.

Abogar para mantener e incrementar el financiamiento proveniente del gobierno para anticonceptivos e invertir dichos fondos de la mejor manera, ya sea a través de la compra a la UNPFA o por otro mecanismo igualmente beneficioso y confiable.

- Para evitar un futuro desabastecimiento de anticonceptivos en los establecimientos de Salud del gobierno, alentar al MINSA para que continúe aumentando su presupuesto anual para la adquisición de anticonceptivos.
- Dadas las claras ventajas económicas que implica adquirirlos a través de la UNPFRA, alentar al MINSA para que continúe utilizando este mecanismo. Simplificar los propios procesos de aprobación internos de MINSA y trabajar con UNPFA para que su proceso sea más transparente y aceptable para el gobierno peruano.
- Investigar y probar otras opciones para adquirir anticonceptivos.
- Ejecutar actividades de promoción y defensa para modificar las políticas y leyes gubernamentales que restringen las opciones de adquisición de anticonceptivos por el sector publico y privado, o los encarecen.
- Como el financiamiento para los anticonceptivos se diversifica (debido a una mayor compra por parte de ESSALUD y las ONG y potencialmente de los gobiernos regionales), investigar las ventajas y desventajas de incluir las compras de ESSALUD y otras del gobierno en la compra anual que hace UNPFA.
- Ofrecer capacitación, material de referencia y asistencia técnica sobre adquisición a los integrantes de los sectores público y de las ONG que no adquieren anticonceptivos a través de UNPFA.
- Intercambiar las lecciones aprendidas por Perú con otros países que estén interesados en aumentar el financiamiento y la compra de anticonceptivos del gobierno.

Estrategia 3.

Difundir el plan para transferir la responsabilidad técnica y financiera de USAID/PRISMA al MINSA; tomar medidas para resolver los problemas de información y otros de gestión de logística durante la transición al SISMED.

- Desarrollar y difundir un plan escrito que explique las funciones que PRISMA desempeña actualmente, definir a quién se transferirán estas funciones e incluir un cronograma.
- Estimar los futuros costos de las funciones logísticas que PRISMA está transfiriendo a MINSA y acordar con éste un plan y cronograma para absorber estos costos.
- Continuar trabajando con las DISAs para mejorar la precisión y exactitud de sus informes e inventarios de anticonceptivos y tomar las medidas necesarias para mejorar el flujo de datos entre la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), PAAG, y PRISMA a nivel central.

Estrategia 4.

Abogar para que las futuras reformas de los sectores de salud y gubernamentales preserven los logros anteriores con respecto a la planificación familiar y mejorar la capacidad de la población de elegir, obtener y utilizar métodos anticonceptivos en el futuro.

- Analizar todas las reformas propuestas del sector de salud y del gobierno en el contexto del marco de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y abogar para lograr cambios para mitigar posibles efectos negativos.
- Proporcionar asistencia técnica para el análisis de políticas y sistemas cuando significativas barreras legales o de procedimiento no permitan la adopción de una reforma conveniente.
- Garantizar que los individuos que conocen sobre planificación familiar y la cadena de suministro de anticonceptivos estén en los comités descentralizados de planificación y/o que aquellos que tomen decisiones sobre la reforma estén informados acerca de la DAIA.
- Compartir otras herramientas y enfoques exitosos que surjan en otros escenarios de reformas con los planificadores y dirigentes de Perú y, si fuera necesario, proporcionar asistencia técnica directa para su adaptación y prueba.

Estrategia 5.

Fortalecer el Comité de DAIA como un mecanismo para se logre un diálogo, planificación, defensa e implementación conjunta de estrategias dirigidas hacia una mayor disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.

- Posicionar al Comité de DAIA bajo la coordinación de un individuo o individuos con autoridad y credibilidad suficiente para influir en la política del MINSA e intermediar en necesarias asociaciones entre entidades públicas y públicas y privadas.
- Definir el papel, las responsabilidades y la estructura del Comité de DAIA.
- Trabajar con el comité para dar prioridad a los diferentes temas identificados durante esta evaluación y desarrollar su propio plan de acción.
- Para garantizar el trabajo en equipo y la total participación de los miembros, proporcionar un facilitador capacitado para las primeras reuniones del Comité de DAIA y sus sesiones de planificación.

Design : De Val Grafik Source, LLC